

AUTORITZACIÓ PER A MENORS

AUTORITZACIÓ PARE / MARE / TUTOR PER A MENORS D'EDAT

Nom i cognoms: _____

DNI / NIE /Passaport: _____

En qualitat de pare /mare / tutor/a

AUTORITZO la inscripció i participació de:

Nom i cognoms: _____

Edat: _____ DNI / NIE/ Passaport: _____

a la XL Pujada de Bagà a Coll de Pal del dia 30 de març de 2024, sota la meva responsabilitat, eximint de qualsevol altra responsabilitat l'entitat organitzadora.

Així mateix, declaro conèixer que el fet d'inscriure's representa l'acceptació del reglament d'aquesta cursa publicada a la pàgina: www.atletismebaga.cat

Signatura pare / mare / tutor/a

_____, _____ de _____ de 2024

MANIFEST:

CURSA: XL Pujada de Bagà a Coll de Pal

He llegit, entès i accepto íntegrament el Reglament de la prova que es celebrarà a Bagà el dia: **30 de març de 2024**

Estic segur d'estar física i psicològicament ben preparat i segueixo els controls mèdics per garantir que dispenso de bona salut i no pateixo cap malaltia, al·lèrgia, defecte físic, lesió o afecció cardiorespiratòria que desaconselli la meua participació en la prova.

Soc conscient de que aquesta prova comporta un risc addicional. Per això assumeixo íntegrament els riscos i les conseqüències derivades de la meua participació.

Si durant la cursa, patís algun tipus de lesió o qualsevol altre circumstància que pogués perjudicar la meua salut, ho posaré en coneixement de l'organització el més aviat possible.

Em comprometo a complir les normes i els protocols de seguretat establerts per l'organització, així com a mantenir un comportament responsable que no faci augmentar els riscos per a la meua integritat física o psíquica.

Seguiré les instruccions i acataré les decisions que prenguin els responsables de l'organització en temes de seguretat.

Autoritzo als serveis mèdics de la prova a que em practiquin qualsevol cura o prova diagnòstica que ells considerin oportú en qualsevol moment de la prova, l'hagi o no sol·licitat jo mateix.

Davant dels seus requeriments, em comprometo a abandonar la prova i a permetre la meua hospitalització, si ells ho creuen convenient per la meua salut.

Dorsal nº

Nom i cognoms (del menor participant) Amb llicència federativa nº..... (en cas de no tenir-n'ha deixar-ho en blanc)

Nom i cognoms (pare, mare o tutor del participant).....

DNI/NIE/Passaport adreça

C.P. Població

Telèfon mòbil

Signatura (pare, mare o tutor del participant).

BAGÀ, ade de 2024

OPCIONAL: EN CAS QUE SIGUI NECESSARI, CONTACTAR AMB:

Nom i cognomsNº telèfon